ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА

С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ



Школа пациента гипертонической болезнью при 52 Консультативно-диагностическом центре МО РФ

Москва 2007

Школа пациента гипертонической болезнью
при 52 Консультативно–диагностическом центре МО РФ

ДНЕВНИК

ПАЦИЕНТА
С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

УДК 616.12.-008.331.1 (07)
ББК 54,10
Б 19

Бакшеев В. И., Коломоец Н. М.
Б 19 Дневник пациента с артериальной гипертензией.
Учебно- методическое пособие.– Москва. 2007. – 72 с.
Издание 2–е, исправленное и дополненное.

В методическом пособии в краткой и доступной форме излагаются основные вопросы эпидемиологии, факторов риска, классификации гипертонической болезни: особое внимание уделено правилам самостоятельного мониторинга артериального давления, основам терапии артериальной гипертензии.
Предназначено для пациентов, обучающихся в школе больного гипертонической болезнью, и практикующих врачей.

Бакшеев В. И. – кандидат медицинских наук, начальник отделения неотложной медицинской помощи и помощи на дому 52 Консультативно–диагностического центра МО РФ.
Коломоец Н. М. – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой кардиологии Государственного Института Усовершенствования врачей МО РФ.

Формат 47х65/8.
Печать офсетная. Усл. печ. листов 4,5.
Тираж 100000 экз.

Фамилия ______________________________

Имя ______________________________

Отчество ______________________________

Дата рождения ______________________________

Возраст (лет) ______________________________

Давность заболевания (лет) ______________________________

Домашний телефон ______________________________

Лечащий врач/телефон ______________________________

Страховой полис: С ______________ **№** ______________

Диагноз:

Основной ______________________________

____

Сопутствующие заболевания ______________________________

____

____

____

Факторы риска:

	Да	Нет
Мужчины > 55 лет; Женщины > 65 лет		
Курение		
Нарушение липидного обмена (общий холестерин > 6,5 ммоль/л (250 мг/дл)		
Сахарный диабет, микроальбуминурия		
Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний: у женщин до 65 лет, у мужчин до 55 лет.		
Нарушение толерантности к глюкозе		
Ожирение		
Малоподвижный образ жизни		
Повышение фибриногена		
Стресс		
Избыточное употребление алкоголя		

— Познание болезни есть уже половина лечения
М. Мудров

Гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертензия, первичная гипертония) – заболевание, характеризующееся снижением адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы, нарушением механизмов, регулирующих гемодинамику, ускорением возрастных сосудистых изменений прогрессирующими осложнениями.

Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из самых распространенных заболеваний в экономически развитых странах, где ею страдают до 20–25% населения. В России около 45 млн. человек имеют повышенное артериальное давление (АД). Артериальная гипертензия (АГ) сама по себе является самым серьезным фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), включая инфаркт миокарда, стенокардию и другие ее формы и основной причиной сосудистых заболеваний мозга, в том числе инсульта.

В нашей стране положение усугубляется тем, что только 37,1% мужчин и 58,9% женщин информированы о наличии у них заболевания, лечатся лишь 21,6% и 46,7%, в том числе эффективно 5,7% и 17,5% соответственно. Отсутствие действенной системы организации профилактики, диагностики и лечения АГ является главной причиной того, что частота инсультов в России в 4 раза выше, чем в США и странах Западной Европы, хотя средние показатели распространенности АГ в этих странах различаются незначительно.

Многочисленными исследованиями убедительно показано, что снижение повышенного систолического и диастолического АД даже на 5-10 мм рт. ст. достоверно приводит к уменьшению частоты мозговых инсультов у мужчин на 34%, у женщин на 56% и ИБС на 21% и 37% соответственно (Оганов Р. Г., 1996, 1999).

Благоприятного успеха в лечении и профилактике ГБ и ИБС можно достичь и не дожидаясь радикальной реорганизации работы органов здравоохранения. Для этого следует иметь четкое представление о своей болезни, осмысленно выполнять рекомендации по нормализации и изменению образа жизни, придерживаться правильного лечения, уметь самостоятельно контролировать течение заболевания, которое уже развилось и будет сопутствовать вам всю оставшуюся жизнь.

Профессор, доктор медицинских наук Коломоец Н. М.
Кандидат медицинских наук, врач высшей категории Бакшеев В. И.

[redacted]

Классификация уровней АД у взрослых старше 18 лет (ВОЗ/МОГ*, 1999, ВНОК, 2001, 2004).**

Таблица 1

Категория	Систолическое АД (мм рт. ст.)	Диастолическое АД (мм рт. ст.)
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	< 130	< 85
Высокое нормальное	130–139	85–89
1 степень гипертензии (мягкая)	140–159	90–99
2 степень гипертензии (умеренная)	160–179	100–109
3 степень гипертензии (тяжелая)	⩾ 180	⩾ 110
Изолированная систолическая гипертония	⩾ 140	<90

Примечания:

1. Если уровень систолического и диастолического АД попадают в различные классификационные категории, то необходимо выбрать более высокую категорию.
2. Гипертония (основывается на среднем из двух и более измерений при двух и более посещениях после первичного выявления)
3. Слово «мягкая» АГ не должна успокаивать. Так, среди больных с нарушением мозгового кровообращения более 60% имеют «мягкую» АГ. Таким образом, риск сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний отнюдь не « мягкий»!

** ВОЗ/МОГ — Всемирная организация здравоохранения — международное общество по гипертонии*
*** ВНОК — Всероссийское научное общество кардиологов*

Правила измерения артериального давления

Артериальное давление измеряется бескровным аускультативным (слуховым) методом с помощью прибора — сфигмоманометра (или тонометр). Самый точный прибор — ртутный манометр.

1. Перед измерением необходимо в течение нескольких минут посидеть в теплом помещении, удобно опираясь на спинку кресла. Измерение возможно лежа и стоя, но рука, на которой проводится измерение, должна быть на уровне сердца. Мышцы рук должны быть расслаблены. Одежда не должна сдавливать руку.



Рис. 1. Измерение артериального давления

2. Манжету накладывают на руку чуть выше локтя, плотно оборачивают плечо и подсоединяют к стеклянной трубке со столбиком ртути внутри нее (или манометру). Сзади от трубки находится шкала, на которой проставлены деления в миллиметрах.

3. Далее в манжету накачивают воздух, сжимая вашу руку (плечо) до тех пор, пока давление воздуха в манжете не преградит путь крови, текущей по плечевой артерии.

4. Затем к вашей коже в области локтевого сгиба, то есть к тому месту, где плечевая артерия подходит наиболее близко к поверхности кожи, приставляется стетоскоп (или фонендоскоп). При этом, если плечевая артерия пережата полностью, никаких звуков не слышно.

5. После этого давление воздуха в манжете постепенно уменьшают со скоростью 2 мм рт. ст./сек., что видно по опусканию столбика (стрелки манометра) ртути вниз.

6. Регистрируют показания прибора в момент появления тонов (первый звук), обусловленных прохождением крови через пережатую артерию. Это и будет систолическое давление в мм рт. ст.

7. Далее, продолжаете выпускать воздух из манжетки и регистрируете момент исчезновения тонов (звуков) в фонендоскопе. Цифры прибора укажут уровень диастолического давления крови в мм рт. ст.

8. Артериальное давление необходимо измерять как минимум дважды с интервалом в 3 минуты и рассчитывать среднее значение из двух измерений (ВОЗ, 1996).

Запомните:

1. При первом визите к врачу необходимо измерять давление на обеих руках.

2. При разнице АД, равной или больше 10 мм рт. ст., в последующем измерения проводятся на руке с большим давлением.

3. Если окружность плеча более 33 см, необходимо использовать более широкую манжету, в противном случае цифры АД будут завышенными.

Методически правильное и систематическое измерение АД — залог успешного лечения гипертонической болезни!

Методика самостоятельного дневного мониторирования АД (СДМАД)

В период подбора гипотензивной терапии и оценки ее эффективности на амбулаторном этапе, мы рекомендуем измерять АД и пульс дома не один-два раза в день, а через 2—3 часа (исключая ночь) с построением графика изменений систолического и диастолического АД, определением (это уже с врачом) времени максимального подъема и снижения показателей давления (Бакшеев В.И., Коломоец Н.М., 2001).

Как показал опыт использования данной методики у 360 пациентов, она достаточно проста, необременительна и информативна:

1. Измерение АД и пульса после пробуждения, лежа в постели (оценка степени утреннего подъема АД). У каждого больного это время индивидуально (t_o).

2. Регистрация цифр АД сидя (через 2 минуты после смены положения). Дает возможность оценить, как изменяется АД при перемене положения тела (ортостаз) — t

3. Измерение АД в течение дня через 2—3 часа — $t_{1,2,3....n+2\ (3часа)...}t_n$ (оценка утреннего, дневного и вечернего профиля АД и факторов, на него влияющих).

4. Последний замер перед отходом ко сну.

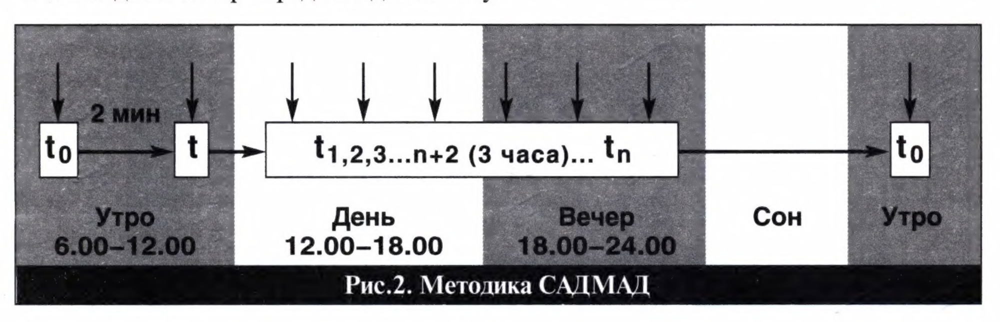


Рис.2. Методика САДМАД

Самостоятельное измерение АД позволяет не только выявить больных с «гипертонией белого халата», когда АД повышается только на приеме у врача (примерно у 10,0%), но и повышает приверженность пациентов к регулярному и разумному лечению.

- Каждый больной с артериальной гипертензией должен иметь дома аппарат для измерения АД (так же как и пациент, страдающий сахарным диабетом, — глюкометр)
- Следует обращать особое внимание на точность приборов (особенно электронных аппаратов), периодически подвергать их калибровке.
- Измерять АД необходимо только на плече. Все рекомендации ВОЗ и МОГ (1993, 1996, 1999) по контролю и лечению АГ даны для уровней АД, зарегистрированных именно таким способом.
- Мониторы для измерения АД на пальце или запястье хоть и удобны, но часто дают неточные результаты.

«Не только сама истина дает уверенность, но и один поиск ее дает покой»

Б. Паскаль

Дата: «___»__________________ 200__ г. День измерения ______________ Условия ___________________________

	220										
	210										
	200										
	190										
	180										
	170										
	160										
САД	150										
	140										
	130										
	120										
	110										
	100										
ДАД	90										
	80										
	70										
ЧСС	60										
	50										
	40										
№ измер.		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Часы		Сидя	Лежа								

Дата: «___»________________ 200__ г. День измерения ______________ Условия __________________________

День	Условия и время измерения АД	АД САД	ДАД	ЧСС	Медикаменты	Примечания
Один день	1 изм. – Лежа					
	2 изм. – Сидя					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					

Средние показатели САДМАД

Показатель	Утро	День	Вечер
САД			
ДАД			
ПД			
ЧСС			
Утренний подъем АД			
Время пикового подъема АД			
Ортостатические реакции	ΔСАД =	ΔДАД =	Да Нет

Рекомендации врача
(по итогам самостоятельного мониторирования АД)

Дата №№/пп	Назначения (медикамент, доза, время приема)	Примечания
21.12	натощак	после 2ч час.
	7,9	9,7
22.12	7,8	
26.12	7,1	
1.01.14	7,3	
10.01	7.8	8,7
15.01	7,9	
		7,2

Утро   2/3 2ч после

Оценка эффективности терапии

4.12	7,6	
07.12.	7,9	9,2
08.12.	8,4	10,8
11.12	10,1	9,3
12.12	8,4	

Натыщан

Рекомендации врача
(по итогам самостоятельного мониторирования АД)

Дата №№/пп	Назначения (медикамент, доза, время приема)	Примечания
03.02	8,3	10,4
6.02		9,2
12.02	8,4	
17.02	7.4	
22.	7,4	
1.03	7,6	
22.03	8,7 3консф.	

Оценка эффективности терапии

27.03 7,2

«...пусть станут для тебя врачами следующие три вещи:
хорошее настроение, покой, умеренная диета»
(Античный афоризм)

Немедикаментозные методы воздействия играют важную роль в лечении и профилактике гипертонии на ранних ее стадиях, когда можно и должно обходиться без лекарств. Но и при ГБ II — III стадии лекарственная терапия будет более эффективна,если она также применяется на фоне выполнения рекомендаций по изменению образа жизни.

Что это за рекомендации?
(JNC–V1, США, 1997, ВОЗ/МОГ, 1999, ВНОК, 2001)

1. Снижение массы тела, если она избыточна.
2. Ограничение потребления алкоголя (мужчины – не более 20–30 г. этанола в день, т. е. 720 мл. пива, 300 мл. вина или 60 мл. виски, женщины – не более 10–20 г. этанола в день).
3. Увеличение аэробной физической активности (ходьба 30–45 мин. не менее 3–4 дней в неделю).
4. Ограничение потребления натрия не более 100 ммоль/день (6 г. хлорида натрия или 2,4 г натрия).
5. Адекватное потребление калия (около 90 ммоль/день, за счет потребления овощей и фруктов).
6. Потребление кальция и магния на уровне, необходимом для общего здоровья.
7. Прекращение курения и уменьшение потребления насыщенных жиров и холестерина.



Три «кита», которые составляют основу современной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Мы не для того живем, чтобы есть, а едим для того, чтобы жить
(Сократ)

Диетотерапия

«Перечень экзотических продуктов + рекламная кампания с множеством благодарственных писем — вот вам и новая «суперэффективная» диета».

Однако все гораздо проще.

Стоит ли тратить энергию на поиски экзотических продуктов (хотя это тоже может помочь в снижении веса)?

На сегодняшний день все новое – это хорошо забытое старое.

Могут быть только вариации.

Так, одна из самых эффективных и доказанных в международных исследованиях DASN-диета (Dietary Approach to Stop Hypertension – диета для предупреждения гипертонии, США) — набор продуктов с пониженным содержанием насыщенных жиров, общего жира, холестерина.

О рациональном питании имеются сведения и в древней системе Хатха-Йога, в которой даны советы по однодневному голоданию (разгрузочным дням) по средам и пятницам. Такие же постные дни рекомендованы и в Библии.

Правильный подбор диеты*

- это краеугольный камень любой терапии
- часто только коррекции диеты достаточно, чтобы нормализовать липидный обмен, особенно, если его нарушения обусловлены ожирением, которое не связано с заболеваниями эндокринных желез
- благотворно даже при наследственных формах гиперлипидемии
- диета должна соблюдаться и при проведении медикаментозной терапии гиперлипидемии.

Основные принципы диеты

- она должна быть как можно боле близкой к вегетарианской
- ограничение насыщенных жиров и холестерина
- пища должна содержать жир, составляющий не более 30% от энергетического уровня потребляемых продуктов
- насыщенных жиров не более 1/3 общего жира
- потребление ХС не должно быть выше 300 мг. в сутки

Подробные рекомендации по диетическому питанию изложены в соответствии с советами Европейского Общества по изучению Атеросклероза (1992) в приложении 1 (таблица 5).

---

* *Мы сознательно не приводим меню блюд, входящих в рацион той или иной диеты. Важно знать принципы рационального питания и рекомендованные продукты. А далее вы сами принимаете решение (в зависимости от пищевых привычек и материальных возможностей) по составлению меню: например, для увеличения потребления калия можно использовать авокадо (если материальные средства позволяют), а можно и обыкновенный картофель.*

Особенности питания лиц с избыточной массой тела

- К диете с низким содержанием липидов должно быть добавлено ограничение общего калоража пищи (приложение 1, таблица 6).
- Уменьшение калорийности достигается дробным питанием (до 5—6 раз в сутки).
- Включение в рацион салатов из овощей и фруктов, богатых растительными волокнами.
- Снижение потребления сахара, сладостей, выпечки.
- В течение недели целесообразно проводить 1—2 разгрузочных дня.
- Полезно употребление снятого молока, нежирного (до 1%) кефира, йогурта, творога, блюд из овсяной крупы (100 г овсяной каши в день снижают уровень ХС ЛПНП на 14%), проросшего риса.
- Наиболее благоприятным темпом снижения массы тела является потеря 0,5—1,0 кг в неделю, и не более.
- Возможно умеренное употребление алкоголя (не более 30 мл сутки), однако, для лиц с избыточной массой тела, повышением уровней ТГ, АД необходимо полное его исключение.

СЕМЬ «ЗОЛОТЫХ» ПРАВИЛ ДИЕТЫ

1. Уменьшить общее потребление жира.
2. Резко уменьшить потребление насыщенных жирных кислот (животные жиры, сливочное масло, сливки, яйца) - они способствуют гиперлипидемии.
3. Увеличить потребление продуктов, обогащенных полиненасышенными жирными кислотами (жидкие растительные масла, рыба, птица, морские продукты) – они снижают уровень липидов в крови.
4. Увеличить употребление клетчатки и сложных углеводов (овощи, фрукты) — в день не менее 35 мг.
5. Заменить при приготовлении пищи сливочное масло растительным.
6. Резко уменьшить употребление продуктов, богатых холестерином.
7. Ограничить количество поваренной соли в пище (до 3—5 г/сут).

Движение — кладовая жизни.
(Плутарх)

ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ

Малоподвижный образ жизни (гипокинезия) приводит к следующей перестройке обмена веществ:

- нарушение усвоения в организме углеводов;
- накопление холестерина, жирных кислот, нейтрального жира — то есть к ожирению.

Доказано: сердечно-сосудистые катастрофы чаще отмечались у людей сидячих профессий, не тренирующихся регулярно (менее 4 раз в неделю).

Известный австрийский кардиолог В. Рааб назвал современного цивилизованного человека «деятельным бездельником»:

- труд и быт в настоящее время связаны в основном с напряжением нервной системы
- скелетная мускулатура и миокард ослабляются от бездействия
- развивается состояние детренированности сердца.

В результате:

- Возрастает опасность возникновения ИБС, ГБ.
- Человека, который ездит на работу на машине и часто пользуется лифтом, просиживает часами у телевизора, рано или поздно ожидает ИБС.

И, наконец:

- Недавно, в Англии, двадцать восемь пожилых женщин еженедельно тратили 2,5 ч на прогулки «бодрым» шагом.
- Через год у них обнаружили четкое повышение ХС ЛПВП (альфа-холестерина на 12 мг/дл, или 0,3 ммоль/л), что свидетельствовало об увеличении уровня антиатерогенных липопротеидов в крови.
- Эти данные должны обнадежить лиц пожилого и старческого возраста,которым противопоказаны значительные физические нагрузки.

Будь мудр: тем, кто спешит, грозит паденье.
(У. Шекспир)

- По данным статистики, в США ежегодно регистрируется 1,5 миллиона случаев острого инфаркта миокарда. 75 000 острых инфарктов возникают после значительной физической нагрузки, из них 25 000 приводят к смерти (в 2/3 случаев внезапной).
- Отмечено, что от 5 до 15% всех случаев острого инфаркта миокарда возникли в связи с нерегулярными чрезмерными физическими нагрузками.

Всегда помните!

Хватить через край — не значит достигнуть цели.
(О. Бальзак)

Последовательность создает стиль, так же как постоянство создает силу.
(Г. Флобер)

В чем польза регулярных физических упражнений ?

- Снижение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.
- Профилактика и снижение заболеваемости артериальной гипертензией.
- Профилактика тромбоза и нормализация соотношения потенциалов свертывающей и противосвертывающей систем крови.
- Предотвращение остеопороза (разрежения костной ткани).
- Нормализация усвоения глюкозы (особенно при ожирении) и уменьшение ее содержания в крови.
- Снижение избыточной массы тела.
- Нормализация уровня холестерина липопротеинов низкой плотности, способствующих развитию атеросклероза.
- Повышение концентрации холестерина липопротеидов высокой плотности («антиатерогенный фактор»),
- Уменьшение потребности в курении.
- Усиление эластичности стенок кровеносных сосудов.
- Улучшение имиджа и психологического состояния.

Прежде чем приступить к занятиям, необходимо определить, что мешало и, может быть, сейчас затрудняет вести активный образ жизни?

Что мешает Вам вести активный образ жизни?

(отметьте причины, по которым Вы воздерживались или воздерживаетесь от выполнения физических упражнений)

☐ Отсутствие времени	☐ Старость и возрастные ограничения
☐ Слабость, недостаток сил	☐ Боязнь обострения болезни
☐ Я это не люблю	☐ Боязнь получить травму
☐ Леность	☐ Боязнь заболеть из-за проблем со здоровьем
☐ У меня нет денег	☐ ______
☐ ______	☐ ______
☐ ______	☐ ______
☐ ______	☐ ______

Выяснив причину, необходимо обсудить возможность ее устранения с лечащим врачом.

Что выбрать?

Аэробные упражнения – основной вид!

- В них принимают участие большие группы мышц.
- Можно проводить в течение длительного времени.
- Ходьба, бег трусцой, плавание, теннис, катание на велосипеде, ритмическая гимнастика способствуют более интенсивному усвоению организмом кислорода и полезны для сердца и кровеносных сосудов.

Анаэробные упражнения (тяжелая атлетика, бодибилдинг, при которых обеспечивается высокая физическая активность в течение короткого времени) – при заболеваниях сердца – ПРОТИВОПОКАЗАНЫ!

Режим и интенсивность физических упражнений

- Умеренные физические нагрузки, например:
  — продолжительность ходьбы не менее 30—45 минут в день;
  — регулярность не менее 4 дней в неделю.

Почему ходьба?

- Наиболее приемлемое решение.
- Можно заниматься дома, на работе, во время путешествий.
- Не требует особых материальных затрат.
- Легко сочетается с повседневными делами.
- Ходьбе не нужно учиться, вы уже научились этому в детстве.
- Сжигает лишние калории.
- Повышает уровень липопротеидов высокой плотности (противоатеросклеротическое действие).

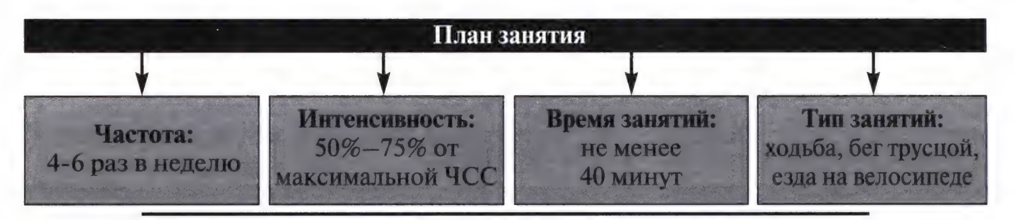
Обратите внимание на таблицу 2, и Вы поймете пользу аэробных упражнений.

Таблица 2.
Количество калорий, «сжигаемых» за 30 минут тренировки.

Вид физических упражнений	Вес тела (в кг)		
	45,4 (50)	68,1 (70)	90
Ходьба 3,2 км/час или 1,5 км за 30 мин	84	120	156
Ходьба 4.8 км/час или 2,4 км за 30 мин	112	160	208
Ходьба 7,2 км/час	154	220	286
Бег трусцой (8,8 км/час)	259	370	481
Плавание (20,6 м/мин)	97	138	179
Катание на велосипеде (9,7 км/час)	84	120	156

Чем больше ваш вес, тем больше калорий сжигается во время физических упражнений.

Перед началом физических тренировок необходимо составить план, в котором следует отразить цели и задачи, методы контроля за своим физическим состоянием.



Результат занятий:

• Снижение уровня артериального давления
• Снижение веса •
• Нормализация (снижение) уровня холестерина в крови •
• Улучшение общего самочувствия •

Определение темпа тренировочной ходьбы и частоты сердечных сокращений (ЧСС)



Рис. 3.

Лучше всего об интенсивности тренировки говорит частота сердечных сокращений (ЧСС) в минуту или пульс, который определяют на запястьях (см. рисунок 3) или сонных артериях на шее.

1. Тренировочная ЧСС (ЧССтр.) должна составлять 50% (нижняя граница) – 75% (верхняя граница) от индивидуальной максимальной ЧСС.

2. Максимальная ЧСС = 220 – возраст (лет). Эта формула справедлива для относительно «здоровых» людей. Пациентам с гипертонической болезнью, ИБС, ЧССтр. определяется индивидуально, после ВЭМ (велоэргометрического) исследования.

ЧСС тр. = ЧСС пороговая х 50% или 75%

– ЧСС пороговая – определяется во время последней ступени ВЭМ

Методика подсчета ЧСС:

Сосчитать пульс за 10 секунд и умножить на 6 = ЧСС за минуту!

– ВЭМ позволяет определить и темп тренировочной ходьбы (ТТХ), так как некоторым людям легче ориентироваться по числу шагов в минуту, чем по пульсу:

ТТХ = 0,042 х М + 0,15 Ч + 65,5

где:
– М – мощность пороговой (конечной) нагрузки при ВЭМ в кг.м/мин;
– Ч – частота сердечных сокращений на высоте пороговой нагрузки при ВЭМ.

Если вам была противопоказана ВЭМ или она не проводилась, то допустимую частоту сердечных сокращений можно определить из следующей таблицы 3.

Допустимая ЧСС при выполнении физических нагрузок в зависимости от возраста

Таблица 3

Возраст (лет)	ЧСС в 1 минуту
20–29	115–145
30–39	110–140
40–49	105–130
50–59	100–125
60–69	95–115
>70	(220-возраст)* 50% или 75%

Важно помнить:

1. **Увеличение** тренировочной ЧСС **не улучшит** состояние сердечно-сосудистой системы, а может даже оказаться опасным (гипертензивные состояния, обострение ИБС).
2. **Удерживание** тренировочной ЧСС **ниже 50%** индивидуальной максимальной границы ЧСС **не позволяет достичь** тренировочного **эффекта**.

Очень простой разговорный тест Американской кардиологической Ассоциации позволяет провести оценку интенсивности ходьбы.

Оценка интенсивности ходьбы

Разговорный тест	Темп ходьбы
Если вы достаточно свободно можете разговаривать во время ходьбы	Это оптимальный темп ходьбы
Если Вы можете петь	Ускорить шаг, так как темп ходьбы мал и не играет тренирующей роли для сердечно-сосудистой системы
Если Вы не можете разговаривать и появляется одышка	Замедлить шаг, так как темп ходьбы способствует перегрузке в работе сердца

Другим простым способом оценки вашего физического состояния является:

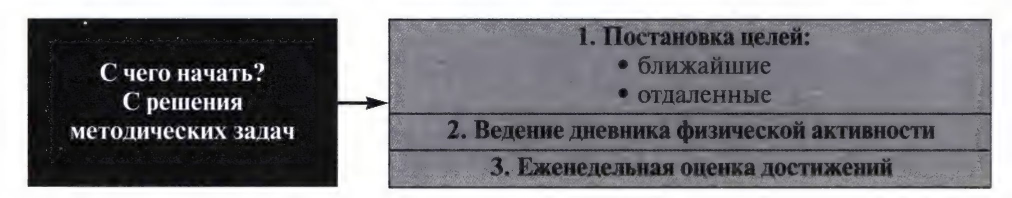
- Определение расстояния, которое вы можете пройти за 20 минут.
- Через месяц или два регулярных занятий ходьбой повторите тест.
- Если вы сможете пройти за 20 минут большее расстояние, значит, ваша физическая подготовка улучшилась.
- Этот способ особенно хорош для людей, которые не могут найти дорожку, на которой отмерено определенное расстояние (чаще используется 1 километр) и нанесена соответствующая разметка.

Отдайте предпочтение тому способу, который информативен, не обременителен и вам по душе!

Если вы хотите, чтобы жизнь улыбалась вам,
подарите ей сначала свое хорошее настроение.
Б. Спиноза.

Замечание: *Некоторые препараты, применяемые для лечения повышенного артериального давления, снижают значение ЧССмакс., а, следовательно, и значение ЧССтр. Таким образом, если вы получаете антигипертензивную терапию, выясните у лечащего врача, нужно ли вам корригировать программу тренировок.*

Ничего великого никогда не достигалось без энтузиазма.
(Р. Эмерсон, американский философ, 19 в.)



Основные правила физических упражнений

1. **Постепенность** перехода от более простых к более сложным. (Ожидание больших результатов может нанести вред вашей оздоровительной программе).
2. Предварительное **разогревание** организма в течение 4–5 минут (не спеша походить, выполнить спокойные физические упражнения, слегка увеличивающие пульс и согревающие мышцы и суставы).
3. Упражнения на **растяжение** до и после физической нагрузки.
4. **Чувство меры** (ежедневно выполняемые несложные упражнения гораздо лучше, чем изнуряющая физическая нагрузка 1 раз в неделю).
5. Всегда оставайтесь в **пределах тренировочной ЧСС**.
6. **Расслабление** после упражнения (никогда резко не останавливайтесь).

Правила безопасной ходьбы.

- В течение двух часов после еды следует воздерживаться от занятий физическими упражнениями.
- При недомогании (грипп, простуда, лихорадка) занятия следует прекратить.
- После болезни интенсивность и продолжительность тренировок следует несколько уменьшить.
- Не следует пугаться болезненности мышц, когда Вы только что начали заниматься ходьбой. Через 1–2 дня произойдет адаптация к нагрузкам и эти боли исчезнут. Дополнительно массаж будет способствовать расслаблению и исчезновению болезненных ощущений.
- Знание симптомов обострения основного заболевания и сердечного приступа позволит своевременно прекратить тренировку.

Симптомы приступа стенокардии (грудной жабы, сердечного приступа)

- неприятное ощущение давления, распирания, сжатия, боль за грудиной, не проходящая в течение нескольких минут и заставляющая вас остановиться;
- иррадиация (отдача, распространение) боли под лопатку, шею, руки, зубы, челюсть;
- ощущение дискомфорта в груди, сопровождающееся головокружением, слабостью, потливостью, тошнотой, нехваткой воздуха, ватностью ног.

При возникновении этих ощущений

1. **Немедленно прекратить тренировку.** Принять сидячее положение с опущенными ногами.
2. **Обеспечить доступ свежего воздуха** (открыть окно, форточку, расстегнуть затрудняющую дыхание одежду).
3. **Нитроминт** (нитролингвал или др. аэрозоли) — впрыскивать под язык (не вдыхая), начало действия через 1—2 мин, можно повторно с интервалом 1—2 мин, но не более 3-х доз в течение 15 мин.

   или

4. **Нитроглицерин** — таблетки (капсулы) под язык (не разжевывая, а рассасывая!) Начало действия 1—2 минуты, длительность 10—20 мин. Возможно повторное применение с интервалом в 3 минуты «до положительного эффекта».

   или (при непереносимости нитратов!)

5. **Сиднофарм** (молсидомин) — таблетки под язык, рассасывая. Начало действия через 2—6 мин, длительность до 7 часов. При необходимости повторный прием.
6. **Аспирин (ацетилсалициловая кислота)** — 0,25 г разжевать — блокирует способность тромбоцитов к агрегации и дальнейшему усугублению проявлений ИБС (развитию инфаркта миокарда).

Если боль сопровождается резкой слабостью, бледностью, головокружением, что может свидетельствовать о снижении АД, то нитроглицерин принимать не следует. Использование валидола может облегчить боль.

Особенности ходьбы для пожилых людей

- Периоды разминки и расслабления должны быть несколько длиннее, так как с возрастом растяжимость и эластичность мышц снижается.
- Более медленное выполнение упражнений на растяжку.
- Интенсивность первых тренировок должна быть невысокой, нагрузку увеличивать постепенно.
- Прием строго установленного количества жидкости, особенно при ходьбе в жаркое время года (чувство жажды с возрастом притупляется).
- Перед началом тренировок следует пройти обследование и посоветоваться с врачом.

Советы

1. Делать упражнения в одно и тоже время, чтобы они стали необходимой частью вашей жизни.
2. Можно заниматься по 15, 10, 5 минут в день с перерывами, но чтобы общая сумма времени, затраченного на физические упражнения, в день составляла не менее 30 минут.
3. Хочется предостеречь от опасной тенденции (особенно тех, у кого дома есть велотренажер): заниматься на велоэргометре и одновременно смотреть телевизор нежелательно, так как по-настоящему лечебный эффект оказывают только те упражнения, которые человек выполняет сосредоточившись и осознанно.
4. Не ленитесь. Вместо того чтобы после обеда поспать, лучше сходите на короткую прогулку.
5. Меньше пользуйтесь автомобилем.
6. Реже пользуйтесь лифтом.
7. Ходить можно и по улице, и в помещении и даже на месте. Следует только добиваться тренировочной частоты пульса и правильно дышать.

Сделайте физические упражнения частью вашей жизни!

Дислипидемия

— это нарушение липидного профиля плазмы.Наиболее распространены гиперлипопротеидемии с повышением уровней общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и триглицеридов.

Гиперхолестеринемия

Гиперхолестеринемия — повышенное или высокое содержание холестерина в крови.

Распространенность:

- У 20% взрослых американцев уровень общего ХС повышенный и превышает 240 мг% (6,2 ммоль/л)
- У 31% — пограничный (200—239 мг% или 5,2–6,2 ммоль/л)
- В России у 60% взрослого населения уровень общего холестерина превышает 240 мг% (6,2 ммоль/л), 20% из них нуждаются в экстренном проведении гиполипидемической терапии.

Уровни липидов в крови

Характеристика липидного профиля:

- ОХС — общий холестерин крови
- ХС ЛПНП — холестерин липопротеидов низкой плотности («плохой» холестерин, способствующий развитию атеросклероза).
- ХС ЛПВП — холестерин липопротеидов высокой плотности («хороший» холестерин, препятствующий развитию атеросклероза).

- ТГ — триглицериды (нейтральные жиры).
- КА — коэффициент атерогенности (процентное отношение «плохого» холестерина к «хорошему» по А.Н. Климову, 1977) — в норме 3—3,5.

$$\underline{\text{КА}}\ \frac{\text{ОХС – ХС ЛПВП}}{\text{ХС ЛПВП}}$$

— чем выше этот коэффициент, тем больше вероятность развития атеросклероза и связанных с ним осложнений;
— при тяжелых формах атеросклероза, осложненных ИБС, указанный коэффициент может достигать 6 и более;
— низкая величина этого коэффициента (менее 3) характерна для лиц, устойчивых к ИБС, и для долгожителей.

Общий холестерин (ОХС)

Гиперхолестеринемия	Уровень ОХС, ммоль/л (мг/дл)
Нормальный уровень	< 5,2 (< 200)
Мягкая	5,2–6,5 (200—250)
Умеренная	6,5–7,8 (250–300)
Высокая	> 7,8 (> 300)

Триглицериды

Содержание ТГ в крови	Уровень ТГ, ммоль/л (мг/дл)
Норма	до 1,5 (130)
Нежелательно	выше 1,5 (130)
Повышено	> 2,3 (200)

Холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП)

Гиперхолестеринемия	Уровень холестерина ЛПНП, ммоль/л (мг/дл)
Мягкая	3,5–4,2 (130—160)
Умеренная	4,2–4,9 (160–190)
Высокая	> 4,9 (> 190)

Холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП)

- У здоровых взрослых мужчин 1,2–1,3 ммоль/л (45–50 мг/дл).
- У женщин на 15–20% выше.
- У отдельных лиц уровень может достигать 2,1–2,6 ммоль/л (80 и даже 100 мг/дл) – они устойчивы к развитию атеросклероза.

Правило «пятерки»

В современных рекомендациях Европейской ассоциации кардиологов приводятся более жесткие нормы липидного профиля для больных ИБС:

Общий холестерин, ммоль/л . . . . . . < 5,0
Коэффициент атерогенности . . . . . < 4,0
Холестерин ЛПНП, ммоль/л . . . . . . < 3,0
Триглицериды, ммоль/л . . . . < 2,0
Холестерин ЛПВП, ммоль/л . . . . > 1,0

(European Heart Journal, 1998.- Vol. 19.- P. 1434–1503)

Каких уровней показателей липидного обмена следует добиваться в результате профилактических мероприятий и лечения?

Желательный уровень ОХС, ммоль/л (мг/дл)

Пациенты без факторов риска .. . . ⩽ 6,5 (⩽ 250)
Больные с 2 факторами риска . . . . ⩽ 5,2 (⩽ 200)
Больные с ИБС (или клиническими проявлениями атеросклероза) . . . ⩽ 5,0 (⩽ 180)

«Целевой» уровень ХС ЛПНП при лечении, ммоль/л (мг/дл)

Больные без ИБС .... ⩽ 4,1 (⩽ 160)
Пациенты с ИБС .... ⩽ 3,4 (⩽130)

Соблюдение этих рекомендаций позволит значительно снизить риск сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет.

Цель профилактических мероприятий

- снижение суммарного риска сердечно-сосудистых осложнений:
  – у пожилых пациентов ниже 20%
  – у молодых — ниже 10%.

Лечение должно начинаться с **немедикаментозного** воздействия на факторы риска (при величине суммарного риска развития сердечно-сосудистых осложнений не более 20%):

- **физические упражнения;**
- **нормализация или коррекция АД;**
- **снижение массы тела;**
- **нормализация уровня сахара крови при сахарном диабете;**
- **использование гиполипидемической диеты;**
- **устранение отрицательных психоэмоциональных стрессовых ситуаций, создание постоянного психического комфорта, как на работе, так и дома, использование психотерапии;**
- **отказ от курения и злоупотребления алкоголем.**

(Смотри также рекомендации ВОЗ, 1996)

Снижение массы тела

Избыточная масса тела (ожирение)

- Это частая причина гиперлипидемии, особенно гипертриглицеридемии.
- Важно проводить взвешивание пациентов и определять степень отклонения от идеального значения веса.

- Оценку ожирения вычисляют по индексу массы тела (индекс Кетле): **масса тела (кг)/рост^2 (м^2)**

Оценка индекса массы тела (ИМТ)

Желательный. . . . . 20 – 24,9 кг/м^2
Избыточный . . . . > 25 кг/м^2 < 30 кг/м^2
Ожирение . . . . > 30 кг/м^2 < 40 кг/м^2
Выраженное ожирение . . . . > 40 кг/м^2

- Оценка абдоминального типа ожирения по индексу: **окружность талии/ окружность бедра**

Вычисляют индекс талия/бедро следующим образом: «окружность талии в серединной точке между нижним краем ребер и вершиной таза делят на окружность бедер в точке максимума».

– В норме у мужчин не более 1,0
– У женщин ⩽ 0,8
– У мужчин жир аккумулируется в области живота, у женщин преимущественно в области бедер и таза.
– Высокий коэффициент талия/бедро (форма «яблока») более часто связан с сердечно-сосудистыми заболеваниями и инсулинонезависимым сахарным диабетом.

Медикаментозная терапия

Основные цели медикаментозной терапии у больных гипертонической болезнью (Преображенский Д.В, Сидоренко Б.А. 2001)

Непосредственная цель – снизить повышенное АД до целевого уровня, не вызывая ухудшения качества жизни больного. Целевой уровень АД поддерживать изо дня в день на протяжении 24 ч в сутки, не допуская при этом чрезмерного снижения АД на максимуме действия антигипертензивных препаратов.

Промежуточная цель – предотвратить возникновение структурно-функциональных изменений в органах-мишенях (сердце, почках, в головном мозге, сетчатке глаза) или вызвать их обратное развитие.

Конечная цель – предотвратить развитие нарушений мозгового кровообращения, инфаркта миокарда, внезапной сердечной смерти, сердечной и почечной недостаточности и в конечном счете улучшить отдаленный прогноз.

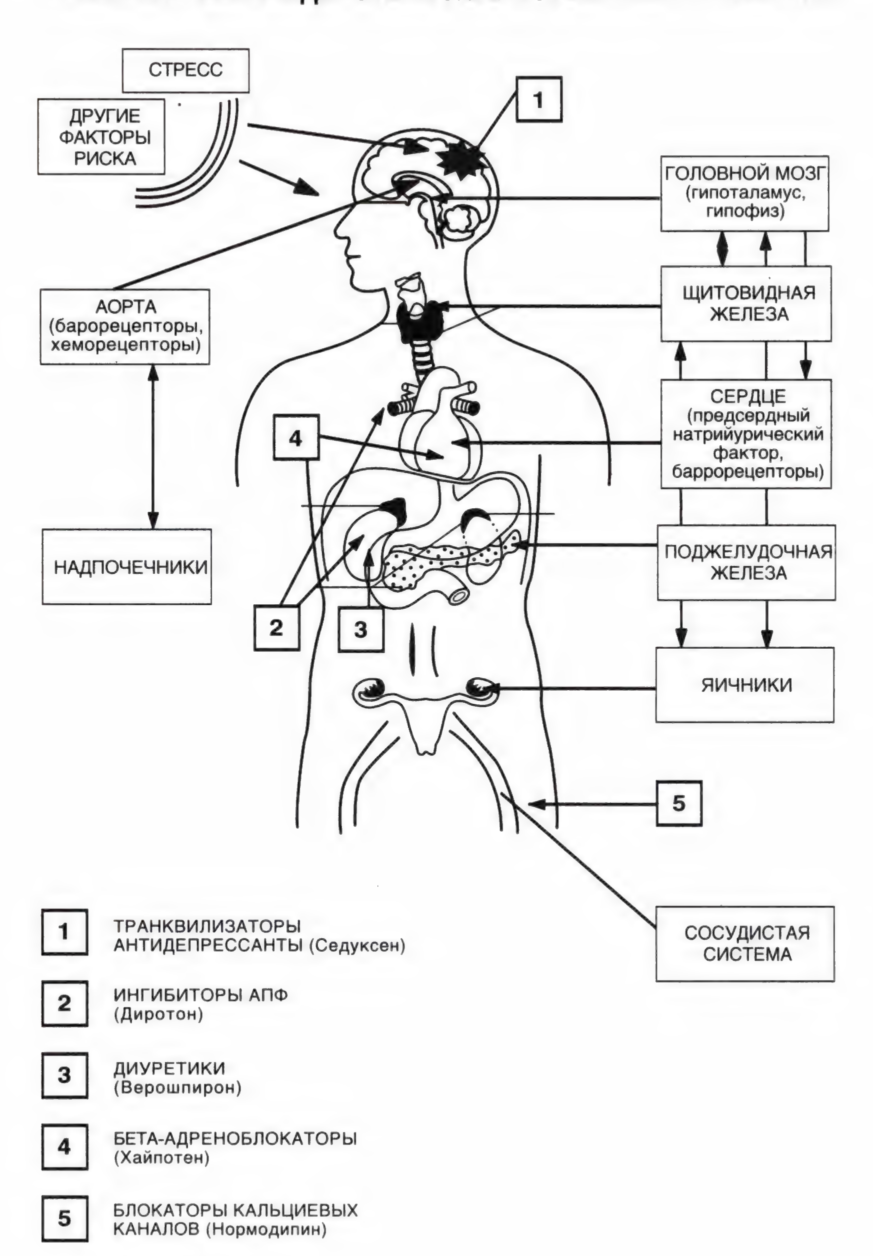
Целевые уровни АД (мм. рт. ст.)

Таблица 4

Группы больных с повышенным АД	САД	ДАД
Общая популяция больных с АГ	<140	< 90
АГ + сахарный диабет	<130	< 85
АГ+ хроническая почечная недостаточность с протеинурией 1 г/сут.	<125	< 75

Достижение целевого АД должно быть постепенным и хорошо переносимым пациентом. Чем выше абсолютный риск, тем большее значение имеет достижение целевого уровня АД.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОРГАНОВ И СИСТЕМ В РАЗВИТИИ ГБ И ОБЛАСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ



1 ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ АНТИДЕПРЕССАНТЫ (Седуксен)

2 ИНГИБИТОРЫ АПФ (Диротон)

3 ДИУРЕТИКИ (Верошпирон)

4 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ (Хайпотен)

5 БЛОКАТОРЫ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ (Нормодипин)

«Лучше пользоваться лекарствами в начале заболевания, нежели в последний момент»
(Публилий Сир)

Основные группы гипотензивных препаратов

(основной принцип – воздействие на различные механизмы, приводящие к повышению АД)

1. Диуретики: Верошпирон (спиронолактон), индапамид, триамтерен, триампур, фуросемид, гидрохлортиазид и др.

- вызывают уменьшение объема циркулирующей крови;
- способствуют выделению солей и воды, что приводит к снижению АД;
- больным, получающим K^+ — не сберегающие диуретики (фуросемид, гипотиазид, индапамид), рекомендуется увеличить потребление калия с пищей. В этих случаях рекомендуется также применение препаратов, содержащих калий и магний в виде легкоусвояемых солей. Самым проверенным и распространенным из препаратов данной группы является **ПАНАНГИН**. Он способен эффективно устранять симптомы, связанные с дефицитом калия и магния в организме (мышечная слабость, высокая утомляемость, раздражительность, головные боли, повышение АД и др.), и в то же время безопасен при продолжительном приеме.

  Следует также помнить, что мочегонные средства, принимаемые в больших дозах, могут способствовать повышению уровня **глюкозы крови и мочевой кислоты**.

Верошпирон *применяется при комбинированном лечении с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента для профилактики и коррекции «эффекта ускользания» блокады ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. В отличие от других препаратов данной группы, Верошпирон действует мягко, не вызывая выраженного мочегонного эффекта, а также препятствует развитию фиброза в органах и тканях, в частности в сердце (кардиосклероза)*

2. Бета-блокаторы: хайпотен (атенолол), метопролол, бисопролол, карведилол, бетаксолол, пропранолол, и др.):

- уменьшают частоту сердечных сокращений;
- снижают энергозатраты для работы сердца;
- препятствуют сужению сосудов в ответ на стрессорные факторы и увеличение физической активности;
- особенно показаны пациентам с сопутствующей ишемической болезнью сердца;
- **следует также помнить,** что при внезапном прекращении приема этих средств может развиться «синдром отмены», проявляющийся резким повышением АД. Поэтому дозу бета-блокаторов надо снижать постепенно в течение нескольких недель.

3. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента: диротон (лизиноприл), **эднит** (эналаприл), периндоприл, фозиноприл, рамиприл, каптоприл и др.:

Основной механизм действия иАПФ — блокада образования биологически активного вещества, (ангиотензина II) обладающего выраженным сосудосуживающим действием, а также способствующего увеличению массы сердца, развитию в нем склеротических изменений. Ингибиторы АПФ не только снижают АД, но и благоприятно влияют на состояние мышцы сердца, уменьшают ее массу, снижают наклонность к развитию нарушений сердечного ритма. Кроме того, эти препараты

оказывают благоприятное действие на липидный и углеводный обмены, в связи с чем они особенно показаны при сочетании ГБ и сахарного диабета, а также другими видами нарушений обмена веществ. Эти препараты улучшают систолическую и диастолическую функцию сердца у больных с сердечной недостаточностью, развивающейся в результате осложнений ГБ или других заболеваний сердца. Лечение этой группой лекарств улучшает самочувствие и настроение больных, их работоспособность и то, что называют «качеством жизни».

Таким образом, ингибиторы АПФ:

- предупреждают образование сосудосуживающих веществ, в частности ангиотензина II;
- способствуют расширению сосудов и снижению АД;
- эффективны у больных с сопутствующей сердечной недостаточностью и диабетической нефропатией;
- противопоказаны для лечения пациентов с выраженной почечной недостаточностью и стенозом (сужением обеих почечных артерий);
- наиболее частым побочным эффектом этих препаратов является появление кашля и кожного зуда (в основном для препаратов 1-й генерации – каптоприл, капотен).

Современным препаратом (III поколение) из группы ингибиторов АПФ является ДИРОТОН (лизиноприл). Важной особенностью препарата является отсутствие печеночного метаболизма. То есть он не дает лишней «нагрузки» на печень, и при нарушении функции печени фармакокинетика Диротона не изменяется.

- отсутствие метаболизма в печени, что позволяет применять препарат у пациентов с заболеваниями печени, в том числе алкогольного генеза;
- регресс поражения органов-мишеней (в частности, гипертрофии миокарда левого желудочка);
- улучшении функции эндотелия (Taddei S., 1998);
- у пациентов с сахарным диабетом без артериальной гипертензии – на фоне длительной (в течение 40 нед.) терапии Лизиноприлом отмечали выраженный нефропротекторный эффект, проявляющийся в замедлении прогрессирования диабетической нефропатии: значительно уменьшалась выраженность микроальбуминурии (на 48%), при этом содержание калия в сыворотке крови достоверно не изменялось (исследование EUCLID, 1998);
- еще одним существенным преимуществом лизиноприла является его высокая эффективность у пациентов с избыточной массой тела.

Диротон обеспечивает плавное снижение артериального давления с продолжительностью гипотензивного эффекта 24–30 часов. Препарат принимается 1 раз в день.

По данным, полученным в исследовании **TROPHY**, при использовании лизиноприла у пациентов с ожирением II–III степени нормализации АД удалось достичь в 60% случаев, в то время как при лечении гидрохлоротиазидом – в 43%. При этом более 50% больных получали лизиноприл в невысоких дозах – 10 мг/сут и около 45% – сравнительно высокие дозы гидрохлоротиазида – 50 мг/сут (Reisin E., Falkner B., 1997).

Применение **ДИРОТОНА** позволяет избежать многих проблем, возникающих при использовании других ИАПФ, так как этот препарат обладает следующими **фармакологическими особенностями:**

— Поступает в организм **в активной форме и не биотрансформируется в печени,** поэтому возможно его применение у пациентов с нарушениями функции печени; не взаимодействует с алкоголем и лекарственными веществами, метаболизирующимися в печени;

— **Не связывается с белками плазмы крови** и не изменяет фармакокинетику других препаратов, поэтому может применяться в составе комбинированной терапии одновременно с сердечными гликозидами, антикоагулянтами, антиаритмическими средствами и др;

— Достаточный гипотензивный эффект достигается при однократном приеме и сохраняется в течение 24 ч, начало действия — через 2—4 ч, максимальный эффект — через 4—6 ч после приема.

В чем заключается практическая ценность ДИРОТОНА?

- Высокая антигипертензивная эффективность;
- Низкая частота развития побочных эффектов;
- Безопасность применения у пациентов пожилого возраста;
- Выраженные протекторные свойства (могут быть обусловлены снижением АД);
- Целесообразно применение у пациентов с артериальной гипертензией, сопровождающейся следующей патологией: недостаточность кровообращения, острый инфаркт миокарда (возможно применение с первых суток заболевания), сахарный диабет, высокий риск развития метаболических нарушений, ожирение;
- Предполагаемая возможность снижения частоты развития злокачественных новообразований.

4. **Антагонисты кальция: нормодипин** (амлодипин), кордафлекс, фелодипин, дилтиазем, лаципидин, нифедипин и др.)
   - действуют как сосудорасширяющие средства, увеличивая диаметр артерий;
   - для лечения предпочтительнее использовать препараты длительного действия (кордафлекс-ретард, фелодипин, амлодипин и др);
   - медикаменты с короткой продолжительностью действия (кордафлекс, коринфар, кордафен, кордипин) следует использовать только для купирования гипертонического криза;
   - нежелательно принимать больным артериальной гипертензией, у которых после перенесенного инфаркта миокарда развилась сердечная недостаточность.
5. **Блокаторы рецепторов к ангиотензину II** (эпросартан, лозартан, вальсартан, ирбесартан, кандесартан, телмисартан):
   - относительно новый класс препаратов, которые блокируют не фермент ангиотензин П, а рецепторы клеток, воспринимающие этот фермент;
   - они, так же как и ингибиторы АПФ, способствуют расширению сосудов и облегчают работу сердца и снижают АД;
   - не вызывают кашля и других побочных эффектов, характерных для ингибиторов АПФ;
   - ряд преимуществ позволяют использовать препараты этой группы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, заболеваниями легких.
6. **Альфа-адреноблокаторы** (празозин, доксазозин, теразозин):
   - вызывают расширение артерий, располагающихся в различных органах и тканях, включая стенки артерий и вен, предстательную железу, шейку мочевого пузыря;

- снижают уровень холестерина крови;
- особенно показаны при сопутствующей аденоме предстательной железы.

7. **Селективные агонисты имидазолиновых рецепторов** (рилменидин, моксонидин):
   - активируют имидазолиновые рецепторы нейронов головного мозга;
   - обладают ингибирующим действием на симпато-адреналовую систему в стволовом отделе головного мозга и мозговом слое надпочечников, снижая содержание в крови ренина, ангиотензина II, адреналина, норадреналина и альдостерона, ОПСС, препятствуют задержке соли и воды, что приводит к нормализации АД;
   - лишены побочных эффектов, характерных для клофелина, гуанфацина, α-метилдопы (сонливость, депрессия, сексуальные расстройства, феномен «рикошета», сухость во рту);
   - показаны при гипертонической болезни с сопутствующими метаболическими нарушениями (синдром гиперинсулинемии, сахарный диабет).

Чтобы выработать оптимальное решение по подбору антигипертензивной терапии, пациенту необходимо **обсуждать с врачом** все интересующие его вопросы.

В противном случае заболевание может осложниться развитием опасного для жизни состояния – **Гипертоническим кризом (ГК).**

Гипертонический криз (клинические проявления)

- Внезапное повышение систолического и диастолического АД.
- Страх, головные боли.
- Боли в области сердца.
- Тошнота, головокружение.
- Иногда судороги, рвота, возбуждение.

Для профилактики осложнений (инфаркт миокарда, инсульт, поражение почек) и экстренного лечения гипертонического криза необходимо срочно принимать меры еще до прихода врача:

- Покой, полулежачее положение.
- **Клофелин** (гемитон) — 0,075 — 0,15 мг под язык, начало действия через 15 минут, длительность более 2 часов.

  или
- **Каптоприл** (капотен) — 25—50 мг под язык, начало действия через 10 минут, длительность 3—4 часа.

  или
- **Кордафлекс** (нифедипин)* 10— 20 мг под язык, начало действия через 5—10 минут, продолжительность 2—5 часа.

Когда криз купирован и самочувствие нормализовалось, следует **вместе с врачом** обсудить причины, приведшие к кризовому состоянию, и определить дальнейшую тактику лечения.

** Противопоказан при сердечной недостаточности и осложненных гипертонических кризах и острой коронарной недостаточности.*

Небеса не помогают людям, которые бездействуют
(Софокл)

После подбора антигипертензивной терапии необходимо

1. Убедиться в том, что оптимальное снижение систолического и диастолического АД достигнуто и удерживается на определенном уровне.
2. Факторы риска находятся под контролем и врача и пациента.
3. Повторные осмотры у врача с интервалом 3 месяца (при необходимости – чаще, по требованию).
4. Регулярный контроль АД самостоятельно дома (особенно утром и вечером).
5. Никогда не прекращать лечение резко, не отменять внезапно препарат.
6. Знать, что ГБ вылечить нельзя, но с ней можно и нужно жить (ГБ — «образ жизни»), а для этого ее необходимо контролировать, чтобы качество Вашей жизни не снижалось и болезнь «не мешала жить». Выполнение рекомендаций по изменению образа жизни, рациональное медикаментозное лечение, содружество с врачом помогут выполнению этой задачи.
7. Иметь терпение, ибо «пол дела сделано, и в этом нет сомненья, коль ты сумеешь запастись терпеньем» (И. Гете).

Итак, познав сущность болезни, ее проявления, возможности по лечению и профилактике, осталось только одно:

НАЧАТЬ ДЕЙСТВОВАТЬ!

Недостаточно еще знать, нужно также применять;
недостаточно еще желать, нужно также делать»
(И. Гете)

ГИПОЛИПОДЕМИЧЕСКАЯ ДИЕТА
(из рекомендаций Европейского общества атеросклероза, 1992 г.)

Таблица 5

	Рекомендуемые продукты[1]	Продукты, потребление которых следует ограничить[2]	Продукты, потребление которых не рекомендовано[3]
Хлеб	Хлеб грубого помола, крупяные хлопья, каша, макароны, рис, хрустящие хлебцы		Круассаны, бриоши
Продукты на каждый день	Снятое молоко, яичный белок, заменители яиц, сыры с очень низкой жирностью, например: крестьянский сыр или кварк, йогурт с очень низкой жирностью	Полуснятое молоко, сыры со сниженным содержанием жира, например: «Брю», «Эдам», «Камамбер», «Гауда», «Фета», «Рикота», йогурт с низким содержанием жира, два целых яйца в неделю	Цельное молоко, концентрированное молоко, сливки, заменители молока, жирные сорта сыров и йогуртов
Супы	Супы-консоме, овощные супы		Густые супы, жирные супы
Рыба	Белая рыба, жирная рыба (приготовленная в гриле, вареная, копченая). Не употреблять кожу рыбы (кожу сардин, снетков)	Рыба жаренная на подходящем масле	Икра, рыба жаренная на неподходящем масле или жире
Морепродукты	Устрицы, гребешки	Двустворчатые моллюски, омары, креветки	Креветки, в том числе пильчатые, кальмары
Мясо	Индейка, цыпленок, телятина, дичь, крольчатина, молодая баранина	Очень постная телятина, ветчина, бекон, баранина (1 или 2 раза в неделю). Телятина, сосиски из цыплят, печень 2 раза в месяц	Утки, гуси, все сорта жирного мяса, обычные сосиски, салями, мясные пироги, шпик, кожа птицы
Жиры		Полиненасыщенное масло, например: подсолнечное, соевое, кукурузное, ореховое; мононенасыщенное: масло оливковое, рапсовое. Мягкий маргарин с низким содержанием жира, сделанный на основе этих масел	Масло, нутряное сало, лард, жир, пальмовое масло, тяжелые сорта маргарина

	Рекомендуемые продукты(1)	Продукты, потребление которых следует ограничить(2)	Продукты, потребление которых не рекомендовано(2)
Фрукты и овощи	Все свежие и замороженные овощи, особенно бобовые: фасоль, высушенная фасоль, чечевица, горох, кукуруза, вареный картофель в мундире; все свежие или высушенные фрукты (консервированные несладкие фрукты)	Жареный картофель, картофельные хлопья, приготовленные на подсолнечном масле	Жареный картофель или картофельные хлопья, овощи или рис, жаренные на неизвестном или неподходящем масле или жире, хрустящий картофель, печеные чипсы, соления (консервированные овощи)
Десертные блюда	Сорбит, желе, пудинги на основе снятого молока, фруктовые салаты, меренга		Мороженое, пудинги, клецки, соусы, приготовленные на основе сливок или масла
Бакалея		Пирожное, бисквиты, приготовленные на маргарине или масле, содержащем ненасыщенные жиры	Фабричное пирожное, бисквиты, пироги, закуски и пудинги
Кондитерские изделия	Восточные сладости, нуга, леденцы	Марципан, халва	Шоколад, конфеты из сахара и масла, помадка, мякоть кокоса, конфеты из жженого сахара и масла
Орехи	Грецкие орехи, миндаль, каштаны	Бразильский орех, арахис, фисташки	Кешью, кокос, соленые орешки
Напитки	Чай, молотый и быстрорастворимый кофе, легкие напитки	Алкоголь, жидкий шоколад с низким содержанием жира	Жидкий шоколад, кофе по-ирландски, солодовые напитки с высоким содержанием жира, сваренный кофе
Приправы	Перец, горчица, специи	Салатные соусы с низким содержанием жира	Досаливание пищи, соусы для салатов, майонез для салатов

1 Продукты, рекомендованные к употреблению, содержат мало жиров и/или много клетчатки. Эти продукты должны быть основой гиполипидемической диеты.

*2 Продукты, потребление которых следует ограничить, содержат ненасыщенные жиры или небольшие количества насыщенных жиров. При соблюдении гиполипидемической диеты потребление этих продуктов должно быть ограничено. **

3 Продукты, потребление которых не рекомендовано, содержат большое количество ненасыщенных жиров и холестерина. При соблюдении гиполипидемической диеты эти продукты по возможности должны быть полностью исключены из рациона.

Гипокалорийная диета с низким содержанием липидов (из рекомендаций Европейского общества атеросклероза, 1992 г.)

Таблица 6

Продукты, потребление которых не следует ограничивать (используя в качестве легкой закуски или во время еды).	Продукты, потребление которых следует контролировать. В каждой группе замена одного продукта другим.
Овощи (свежие или замороженные, не консервированные): употребление в салате или целиком. Артишок, спаржа, цветная капуста, морковь, сельдерей, цикорий, кресс (салат), огурцы, цикорий – эндивий, зеленая фасоль, зеленый перец, лук, салат-латук, грибы, кабачок, репчатый лук, тыква, помидоры, турнепс, редис, шпинат. Фрукты (свежие, не консервированные): грейпфрут, ревень. Супы: консоме, похлебка, другие чистые супы. Напитки: кофе или чай со снятым молоком, напитки без сахара, минеральная вода. Аспартам, сахарин для подслащивания.	Стручковые: 1/2 чашки, 3–4 раза в неделю. Отвар чечевицы, гороха, фасоли. Хлеб: 1 кусочек хлеба грубого помола или 1 стакан хлопьев на завтрак, или 1/2 стакана макарон, или 1/2 стакана риса, или 1 небольшая или печеная картошка. Рыба, курица, очень постное мясо, индейка: 100 г в день. Продукты на каждый день: 2 раза в день 1 чашка снятого молока или 1/2 чашки йогурта с низким содержанием жиров и без сахара или 30 г обезжиренного сыра, 1–2 яйца в неделю. Масла и жир: 10 г (2–3 чайные ложки) в день. Подсолнечное масло, оливковое, рапсовое или полиненасыщенный маргарин. Плюс 10 г в день маргарина с очень низким содержанием жиров (20%). Фрукты: 4 раза в день.

* В этом плане уместно вспомнить следующий афоризм: «Если нельзя, но очень хочется, то можно» – добавим лишь: «можно, но только в разумных пределах!»

Например:

- «красное» мясо (ограниченный прием) – т.е. не чаще трех раз в неделю.
- сыры средней жирности и рыбные пасты – один раз в неделю.
- домашнее печенье, бисквиты, кондитерские изделия, приготовленные с использованием пригодных (содержащих полиненасыщенные жиры) маргарин или масла – дважды в неделю.
- жареный картофель (печеный), приготовленный на соответствующем масле,– 1 раз в две недели.

Внешние причины резкого повышения артериального давления

Таблица 7

Этиологический фактор	Патогенез	Клиника	Данные обследования
Свинец	• Спазм мезентериальных сосудов с ишемией кишечника. • Токсическое поражение ЦНС.	• Повышение АД. • Тяжелая кишечная колика. • Тошнота. • Запоры.	• Анемия умеренная, полихромазия, базофильная пунктация эритроцитов, ретикулоцитоз, токсигенная зернистость нейтрофилов. • Увеличение экскреции с мочой катехоламинов и их метаболитов.
Талий	• Раздражение и повреждение симпатических нервов, повышение их тонуса.	• Подъёмы АД до 240/120 мм рт. ст. • Обычная нормализация через 2 дня.	• Повышение выделения с мочой ванилилминдальной кислоты.
Сыр (употребление старого сыра, т.н. «сырная болезнь») **Сельдь** (маринованная) **Печень** цыпленка **Бобы** **Шоколад** **Красное вино**	• прямой прессорный (сосудосуживающий) эффект тирамина. • тирамин всасывается в большом количестве и усиливает выделение депонированного норадреналина из окончаний симпатических нервов. • Возникает на фоне приема ингибиторов МАО (моклобемид и др).	• Гипертонический криз через 15 мин – 2 часа после еды. • Похож на катехоламиновый криз при феохромоцитоме. • Осложнения: – Кровоизлияния в мозг. – Гемиплегия. – Летальные исходы. • Гипокалиемия • Метаболический алкалоз	• Повышение выделения с мочой ванилилминдальной кислоты.
Корень солодки (карбеноксолон, биогастрон, отхаркивающие средства) **«Лакричная гипертензия»**	• Глицирризированная кислота обуславливает синдром «первичного альдостеронизма»	• Гипоренинемия. • Задержка натрия и воды. • Иногда отеки. • Парезы мышц. • Атония кишечника.	• Скорость секреции альдостерона и его экскреции с мочой уменьшена (в отличие от синдрома Кона). • Исчезновение сдвигов после прекращения приема корня солодки.

Кроме того, артериальное давление могут повышать также применение следующих пищевых продуктов и медикаментов: рапсовое масло, кофе, чай (отрицательный эффект достоверно не доказан), контрацептивы, ингибиторы МАО (используемые с целью лечения депрессии), кортикостероиды, эритропоэтин, циклоспорин и др.

Дневник контроля выполненных физических упражнений (ходьбы)

(рекомендации Американской Ассоциации Кардиологов (1997)

Неделя Цель (и): ____________________

с _____ по______ ____________________

Понедельник

Место прогулки	Интенсивность	Время	Дистанция
Итого за день			

Комментарии:

____

____

Вторник

Место прогулки	Интенсивность	Время	Дистанция
Итого за день			

Комментарии:

____

____

Среда

Место прогулки	Интенсивность	Время	Дистанция
Итого за день			

Комментарии:

____

____

Четверг

Место прогулки	Интенсивность	Время	Дистанция
Итого за день			

Комментарии:

____

____

Пятница

Место прогулки	Интенсивность	Время	Дистанция
Итого за день			

Комментарии:

____

____

Суббота

Место прогулки	Интенсивность	Время	Дистанция
Итого за день			

Комментарии:

____

____

Воскресенье

Место прогулки	Интенсивность	Время	Дистанция
Итого за день			

Комментарии:

____

____

Подведение недельных итогов

Выполнены ли цели, поставленные на неделю?

☐ Да

☐ Не совсем (но близко)

☐ Нет, к сожалению, совсем нет, но я снова попытаюсь на следующей неделе.

Ежедневно ли Вы делали?

☐ Разминку

☐ Период расслабления

☐ Упражнения на растяжение

Комментарии:

____

____

Прочие физические упражнения (перечислить какие, где с кем, количество):

____

____

____

Планы на следующую неделю:

____

____

____

____

____

____

Журнал контроля эффективности физических тренировок (ходьба)

Период наблюдения и контроля	Дата	ЧСС в покое	Вес тела	Артериальное давление	Уровень холестерина в крови 1 раз в 6 мес.					Примечание
					ОХС	ХС ЛПНП	ХС ЛПВН	ТГ	КА	
Исходный уровень										
1 мес.										
2 мес.										
3 мес.										
6 мес.										
9 мес.										
1 год										
3 мес.										
6 мес.										
9 мес.										
2 года										

Примечание: журнал эффективности физических тренировок ведется пациентом и на контрольных медицинских осмотрах анализируется, обсуждается врачом совместно с больным. При необходимости вносятся коррективы в программу физических упражнений.

Оценка качества жизни (КЖ)[1]

Ответив на вопросы анкеты, Вы узнаете, помогает ли Вам проводимое лечение.

Укажите:

а) возникает ли в Вашей жизни необходимость в каких либо ограничениях;
б) если возникает, то Ваше отношение к ним.

Дата ____________________ Временной интервал: начало лечения

№№	Вопрос/ начисляемые баллы[2]	Очень переживаю (-2)	Мне это неприятно (-1)	Безразличен (0)	Рад этому (1)	Всего
1	Необходимость постоянно лечиться					
2	Различные ограничения					
3.	Изменения в семейных отношениях					
4.	Межличностных отношений					
5	Ограничение в трудовой деятельности					
6	Снижение зарплаты из-за болезни					
7	Снижение должностного статуса из-за заболевания (служебного положения)					
8	Необходимость ограничений в проведении досуга					
9	Ограничения в общении					
10	Ограничения в занятиях физкультурой и спортом					
11	Ограничение занятий умственным трудом					
12	Необходимость избегать эмоциональных нагрузок					
13	Необходимость соблюдать диету, ограничивать прием определенных продуктов					
14	Необходимость прекратить курение					
15	Необходимость ограничения половой жизни					
16	Ограничение поездок в транспорте					
17	Ограничение контактов с друзьями, родственниками					
	ИКЖ (индекс качества жизни) – алгебраическая сумма набранных баллов					

1. *Методика «КЖ», разработана в ВКНЦ АМН СССР (Гладков А.Г., Зайцев В.П., Айвазян Д.М., 1982 г.)*
2. *Значение подшкал составлены таким образом, что лучшему КЖ соответствует более высокое значение соответствующей шкалы.*

Оценка качества жизни

Дата ___________________________ Временной интервал: 3 месяца

№№	Вопрос/ начисляемые баллы[2]	Очень переживаю (-2)	Мне это неприятно (-1)	Безразличен (0)	Рад этому (1)	Всего
1	Необходимость постоянно лечиться					
2	Различные ограничения					
3.	Изменения в семейных отношениях					
4.	Межличностных отношений					
5	Ограничение в трудовой деятельности					
6	Снижение зарплаты из-за болезни					
7	Снижение должностного статуса из-за заболевания (служебного положения)					
8	Необходимость ограничений в проведении досуга					
9	Ограничения в общении					
10	Ограничения в занятиях физкультурой и спортом					
11	Ограничение занятий умственным трудом					
12	Необходимость избегать эмоциональных нагрузок					
13	Необходимость соблюдать диету, ограничивать прием определенных продуктов					
14	Необходимость прекратить курение					
15	Необходимость ограничения половой жизни					
16	Ограничение поездок в транспорте					
17	Ограничение контактов с друзьями, родственниками					
	ИКЖ (индекс качества жизни) – алгебраическая сумма набранных баллов					

Оценка качества жизни

Дата ______________________ Временной интервал: 6 месяцев

№№	Вопрос/ начисляемые баллы[2]	Очень переживаю (-2)	Мне это неприятно (-1)	Безразличен (0)	Рад этому (1)	Всего
1	Необходимость постоянно лечиться					
2	Различные ограничения					
3.	Изменения в семейных отношениях					
4.	Межличностных отношений					
5	Ограничение в трудовой деятельности					
6	Снижение зарплаты из-за болезни					
7	Снижение должностного статуса из-за заболевания (служебного положения)					
8	Необходимость ограничений в проведении досуга					
9	Ограничения в общении					
10	Ограничения в занятиях физкультурой и спортом					
11	Ограничение занятий умственным трудом					
12	Необходимость избегать эмоциональных нагрузок					
13	Необходимость соблюдать диету, ограничивать прием определенных продуктов					
14	Необходимость прекратить курение					
15	Необходимость ограничения половой жизни					
16	Ограничение поездок в транспорте					
17	Ограничение контактов с друзьями, родственниками					
	ИКЖ (индекс качества жизни) – алгебраическая сумма набранных баллов					

Оценка качества жизни

Дата ____________________ Временной интервал: 9 месяцев

№№	Вопрос/ начисляемые баллы[2]	Очень переживаю (-2)	Мне это неприятно (-1)	Безразличен (0)	Рад этому (1)	Всего
1	Необходимость постоянно лечиться					
2	Различные ограничения					
3.	Изменения в семейных отношениях					
4.	Межличностных отношений					
5	Ограничение в трудовой деятельности					
6	Снижение зарплаты из-за болезни					
7	Снижение должностного статуса из-за заболевания (служебного положения)					
8	Необходимость ограничений в проведении досуга					
9	Ограничения в общении					
10	Ограничения в занятиях физкультурой и спортом					
11	Ограничение занятий умственным трудом					
12	Необходимость избегать эмоциональных нагрузок					
13	Необходимость соблюдать диету, ограничивать прием определенных продуктов					
14	Необходимость прекратить курение					
15	Необходимость ограничения половой жизни					
16	Ограничение поездок в транспорте					
17	Ограничение контактов с друзьями, родственниками					
	ИКЖ (индекс качества жизни) – алгебраическая сумма набранных баллов					

Оценка качества жизни

Дата ___________________________ Временной интервал: 12 месяцев

№№	Вопрос/ начисляемые баллы[2]	Очень переживаю (-2)	Мне это неприятно (-1)	Безразличен (0)	Рад этому (1)	Всего
1	Необходимость постоянно лечиться					
2	Различные ограничения					
3.	Изменения в семейных отношениях					
4.	Межличностных отношений					
5	Ограничение в трудовой деятельности					
6	Снижение зарплаты из-за болезни					
7	Снижение должностного статуса из-за заболевания (служебного положения)					
8	Необходимость ограничений в проведении досуга					
9	Ограничения в общении					
10	Ограничения в занятиях физкультурой и спортом					
11	Ограничение занятий умственным трудом					
12	Необходимость избегать эмоциональных нагрузок					
13	Необходимость соблюдать диету, ограничивать прием определенных продуктов					
14	Необходимость прекратить курение					
15	Необходимость ограничения половой жизни					
16	Ограничение поездок в транспорте					
17	Ограничение контактов с друзьями, родственниками					
	ИКЖ (индекс качества жизни) – алгебраическая сумма набранных баллов					

Шкала оценки риска Framingham развития сердечно-сосудистых заболеваний в ближайшие 10 лет.

1. Отметьте баллы по каждому показателю и посчитайте их общую сумму
2. В нижней таблице напротив общей суммы будет указан риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, мозговой инсульт, внезапная коронарная смерть) в течение ближайших 10 лет.
3. По мере лечения (основная цель терапии) данный риск должен уменьшаться.
4. Проводите оценку шкалы 1 раз в 6 месяцев для оценки эффективности терапии.
5. Обозначения:
   - ОХС — общий холестерин.
   - ЛПВП - липопротеиды высокой плотности.
   - САД — систолическое артериальное давление.
   - Пересчет мг/дл в ммоль/л:
     — Величину ОХС (или ЛПВП) в мг/дл разделить на 38,7.

Мужчины

Возраст	Баллы	Возраст	Баллы
20–34	-9	55–59	8
35–39	-4	60–64	10
40–44	0	65–69	11
45–49	3	70–74	12
50–54	6	75–70	13

ОХС (мг/дл)	Баллы				
Возраст	20–39	40–49	50–59	60–69	70–79
<160	0	0	0	0	0
160–199	4	3	2	1	0
200–239	7	5	3	1	0
240–279	9	6	4	2	1
⩾280	11	8	5	3	1

	Баллы				
Возраст	20–39	40–49	50–59	60–69	70–79
Некурящие	0	0	0	0	0
Курящие	8	5	3	1	1

ЛПВП (мг/дл)	Баллы	ЛПВП (мг/дл)	Баллы
⩾ 60	-1	40–49	1
50–59	0	< 40	2

САД мм рт.ст	Баллы Нелеченое	На фоне лечения
<120	0	0
120–129	0	1
130–139	1	2
140–159	1	2
⩾160	2	3

Общая сумма баллов	10-летний риск %	Общая сумма баллов	10-летний риск %
<0	<1	8	4
0	1	9	5
1	1	10	6
2	1	11	8
3	1	12	10
4	1	13	12
5	2	14	15
6	2	15	29
7	3	16	25
		⩾17	⩾30

10–летний риск _________%

Женщины

Возраст	Баллы	Возраст	Баллы
20–34	-7	55–59	8
35–39	-3	60–64	10
40–44	0	65–69	12
45–49	3	70–74	14
50–54	6	75–70	16

ОХС (мг/дл)	Баллы				
Возраст	20–39	40–49	50–59	60–69	70–79
<160	0	0	0	0	0
160–199	4	3	2	1	1
200–239	8	6	4	2	1
240–279	11	8	5	3	2
⩾280	13	10	7	4	2

Возраст	Баллы 20–39	40–49	50–59	60–69	70–79
Некурящие	0	0	0	0	0
Курящие	9	7	4	2	1

ЛПВП (мг/дл)	Баллы	ЛПВП (мг/дл)	Баллы
⩾ 60	-1	40–49	1
50–59	0	< 40	2

САД мм рт.ст	Баллы	
	Нелеченое	На фоне лечения
< 120	0	0
120–129	1	3
130–139	2	4
140–159	3	5
⩾ 160	4	6

Общая сумма баллов	10-летний риск %	Общая сумма баллов	10-летний риск %
<9	<1	17	5
9	1	18	6
10	1	19	8
11	1	20	11
12	1	21	14
13	2	22	17
14	2	23	22
15	3	24	27
16	4	⩾25	⩾30

10–летний риск _________%

Предполагаемое снижение суммарного риска смертности от ИБС при различных видах активного вмешательства
(по данным статистики США, 1998 г.)

Изменение (оптимизация) образа жизни – на 54,5%
Медицинские вмешательства (лечение, профилактика) — на 39%
Невыясненный механизм снижения суммарного риска смертности – на 6%

Примечания:

- Условно за 100% суммарный риск принимается клиническая ситуация, когда за счет наличия факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений пациент в течение ближайших 10 лет переносит инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт или умирает (Wood D. et al,1998).
- При суммарном риске развития сердечно-сосудистых осложнений до 20% — показано воздействие на пациента немедикаментозными методами (оптимизация образа жизни).
- При суммарном риске более 20% — оптимизация образа жизни с обязательным медикаментозным лечением.

Литература для самостоятельного изучения больными

1. www.CedeonRichter.com — образовательный Интернет-ресурс фармацевтической компании Гедеон-Рихтер.

2. Коломоец Н.М., Бакшеев В. И. Гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца: Руководство для врачей, обучающих пациентов в школе больного гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. — М.: «Медицина», 2003. – 336 с.

3. Американская Ассоциация Кардиологов. Прогулки и здоровое сердце (серия «Помоги себе сам»): Пер. с англ.— М: Восточная Книжная Компания; 1997,208 с.

4. Бакшеев В.И. Адвокатское сердце — не камень. Российский адвокат. — № 4.— 2000.– с.40–41. http://www.med2000.ru/mps/ibs.htm

5. Бакшеев В.И. Сам себе профессор. Интервью в газете «Независимое военное обозрение» № 21, 2000. С. 8.

6. Бакшеев В.И. Этот коварный стресс. Российский адвокат. — №4. — 2001. — с. 40–41. http://www.med2000.ru/mps/stress.htm

7. Бакшеев В.И. С гипертонией можно и нужно жить. Российский адвокат. — №1. —2001. — с .40—41. http://www.med2000.ru/mps/gipertonia.htm

8. Бакшеев В, И «Деятельный бездельник», или некоторые мысли о гиподинамии и ее профилактике. Российский адвокат. – №3. – 2002. – с. 44—45.

9. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М. Клинические и методические аспекты мониторирования артериального давления. Военно-медицинский журнал. — Т. 322. — № 11.– С. 36–38. http://www.cardiosite.ru/articles/article.asp?id=871.html

10. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М Применение биологически активных добавок в клинической практике. Современное состояние проблемы. Медицинская помощь. – 2002. – № 4 – С.44–48.

11. Бакшеев В.И, Коломоец Н.М. Дневник пациента с артериальной гипертензией. Учебно-методическое пособие. — М.: ЗАО «Академический печатный дом», 2002 — 24 С. http://www.baksheev.nm.ru

12. Бакшеев В.И., Коломоец Н.М. Гипертоническая болезнь. Как жить и выжить. Методическое пособие к занятиям в школе больного гипертонической болезнью (советы больному с повышенным артериальным давлением). Издание 4-е, исправленное и дополненное. - М.: ИКФ «Каталог», 2002. — 96 с.

13. Вейнер Э. Давление крови: Вопросы и ответы /пер. с англ. С. Глянцева.— М., «Крон-Пресс, 1997, 112с.

14. Глезер Г.А., Глезер М.Г. Артериальная гипертония. – М.: Авиценна, ЮНИТИ, 1996,216 с.

15. Горбаченков А.А., Мещерякова В.А., Поздняков Ю.М. Избыточная масс тела. Жуковский, 1997,19 с.

16. Калашников А. Книга о диете, физических упражнениях и хорошем самочувствии. М., 1996, 140 с.

17. Климов А.Н., Липовецкий Б.М. Как избежать инфаркта. — Мн: Парадокс, 1998, 160 с.

Прочитав эти книги, вы найдете много полезной и интересной информации. Все возникшие вопросы детально обсуждайте с лечащим врачом, который должен стать вашим другом по жизни, «палочкой-выручалочкой», священником, наконец, которому вы готовы отдать свое тело и душу, ибо

«Врач— это помощник природы»
(К.Гален)

ПРОФИЛАКТИКА ЭФФЕКТА «УСКОЛЬЗАНИЯ» АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

Внедрение в клиническую практику ингибиторов АПФ (иАПФ) значительно расширило возможности в лечении больных гипертонической болезнью (ГБ). Вместе с тем, по данным последних лет при применении иАПФ может развиваться синдром «ускользания» эффекта блокады ренин ангиотензин-альдостероновой системы.

В то же время известно, что применение β-блокаторов может восстанавливать дизрегуляцию ренина, вызванную применением иАПФ и диуретиков, а назначение альдактона (верошпирон)–профилактировать возрастание эффекта альдостерона.

Цель работы. Определить целесообразность и безопасность добавления антагониста альдостерона альдактона к комбинации иАПФ с петлевыми диуретиками при лечении больных ГБ II стадии как в изолированном виде, так и в сочетании с ИБС II-III функционального классов, недостаточностью кровообращения II-III ст. по NYHA

Методы. Обследовано 34 пациента в возрасте 65 ±7,4 года с различными степенями ГБ и ИБС ФК II-III ст., с ФВ>40%, наличием диастолической дисфункции миокарда, определяемой по данным Доплер — ЭхоКГ. Исходный уровень калия в сыворотке крови 3,95 ±0,55. Контроль АД осуществлялся по данным СМАД и самостоятельного мониторирования АД через 2 часа (исключая ночь). Все больные получали иАПФ (Ренитек в суточной дозе 10—15 мг.; эналаприл в СД -10 мг.- двукратный прием) при необходимости в схему лечения включали блокаторы кальциевых каналов (амловас, плендил), β-блокаторы (атенолол). При появлении эффекта «ускользания» в схему лечения добавлялся верошпирон 50 мг 1 раз в день в течение 2-х недель под контролем электролитов крови (K^+, Na^+), мочевины, креатинина. По достижении эффекта альдактон заменяли гипотиазидом (25—50 мг в сутки). Через 2 недели повторное назначение поддерживающей дозы верошпирона 12,5 мг/сут, с последующим переходом на гипотиазид под контролем электролитов крови 1 раз в месяц.

Результаты. На фоне проведения лечения значение калия не выходило за пределы нормы 4,83 ±0,43 ммоль/л. У 25,4% больных к 14-21 дню лечения отмечалась резистентность к терапии иАПФ и незначительная гиперкалиемия 5,8 ммоль/л. Добавление к терапии верошпирона по вышеописанной схеме приводило к восстановлению эффективного контроля АД, уменьшению гиперкалиемии и не сопровождалось достоверными отрицательными изменениями тестируемых биохимических показателей крови. Применение комбинации ингибиторов АПФ и β-блокаторов эффективно контролирует АД и не сопровождалось эффектом ускользания альдостерона.

Выводы: Использование альдактона (наряду с применением β-блокаторов) в комплексной блокаде патогенетических механизмов (длительный контроль уровня альдостерона, подавление активности нервной системы и нейрогормонов) может решать проблему «ускользания» эффекта альдостерона. Схема альдактон — тиазидовый диуретик - альдактон в поддерживающей дозе – тиазидовый диуретик и т.д. может с успехом применяться у больных гипертонической болезнью в сочетании с ИБС и сердечной недостаточностью при контроле уровня электролитов 1 раз в 1—3 месяца.

(Коломоец Н.М., Бакшеев В.И. Российский национальный конгресс кардиологов «Кардиология, основанная на доказательствах». Тезисы докладов. Москва, 10—12 октября, 2000.- С.144–145)

ВЕРОШПИРОН
SPIRONOLACTONE



ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Калийсберегающий диуретик, является конкурентным антагонистом альдостерона. В дистальных отделах почечных канальцев препарат повышает выведение ионов натрия, воды, уменьшает выведение ионов калия.

ФАРМАКОКИНЕТИКА

Всасывание

При приеме внутрь быстро абсорбируется из ЖКТ.

Распределение

Спиронолактон на 90% связывается с белками плазмы.
Активное вещество проникает через плаценту, выделяется с грудным молоком.

Выведение

Период полувыведения составляет в среднем 12,5 ч (от 9,5 до 15,5 ч). Выводится из организма с мочой и калом.

ПОКАЗАНИЯ

- Аденома надпочечников, продуцирующих альдостерон (для длительной поддерживающей терапии у больных, которым противопоказано хирургическое лечение или которые отказались от этого вида лечения);
- отечный синдром при хронической сердечной недостаточности;
- цирроз печени, сопровождающийся асцитом и/или отеками;
- нефротический синдром;
- артериальная гипертония (в составе комбинированной терапии);
- гипокалиемия;
- отеки в период беременности;
- гирсутизм (например, при синдроме поликистозных яичников)
- и др.

ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ

Со стороны ЖКТ: диспепсия, спастические явления, диарея. Со стороны ЦНС и психики: сонливость, головная боль, атаксия, психические расстройства.

Со стороны эндокринного статуса и половой системы: гинекомастия, нарушение эрекции, расстройства менструального цикла, менструальноподобные кровотечения в климактерическом периоде.

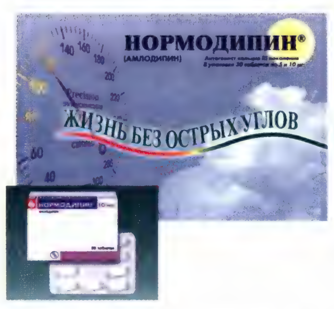
Со стороны водно-электролитного баланса: гиперкалиемия (при длительном использовании высоких доз, особенно у больных с почечной недостаточностью и с циррозом печени).

Аллергические реакции: кожная сыпь, лихорадка.

Прочие: в отдельных случаях — обратимый гиперхлоремический метаболический ацидоз.

Эффективная блокада альдостерона, который вырабатывается и надпочечниками, и, согласно последним исследованиям — левым желудочком сердца.

НОРМОДИПИН



ДЕЙСТВУЮЩЕЕ ВЕЩЕСТВО

- Амлодипин, является антогонистом кальция из группы дигидропиридинов.
- Амлодипин оказывает антиангинальный эффект прежде всего посредством расширения периферических артериол, уменьшения постнагрузки (afterload) сердца. Ввиду того, что амлодипин не вызывает рефлекторной тахикардии, потребление энергии и потребность в кислороде миокарда уменьшаются.
- Предполагается, что амлодипин расширяет коронарные сосуды (артерии и артериолы) как в нормальных, так и в ишемизированных участках. Расширение венечных сосудов усиливает снабжение миокарда кислородом.

СОСТАВ

5 мг амлодипина или 10 мг амлодипина в каждой таблетке.

ПОКАЗАНИЯ

Лечение гипертонии в качестве монотерапии или, при необходимости, в комбинации с тиазидными диуретиками, бета-блокаторами или ингибиторами АПФ.

Лечение стабильной стенокардии и вазоспастической стенокардии (стенокардии Принцметала). Препарат можно назначать как средство монотерапии или в комбинации с другими антиангинальными средствами у больных, рефрактерных к лечению нитратами и/или бета-блокаторами.

ФАРМАКОКИНЕТИКА

Прием пищи не влияет на всасываемость препарата.

Концентрация препарата в плазме достигает максимума через 6–12 ч. после применения.

Биологическая доступность составляет 64–80%.

95–98% амлодипина связывается с белками плазмы. В печени биотрансформируется до неактивных метаболитов. С мочой выделяется 10% препарата в неизменном виде и 60% препарата – в виде неактивных метаболитов.

Постоянный уровень амлодипина в плазме (steady-state) достигается после непрерывного применения в течение 7–8 дней.

Эффект наступает постепенно, поэтому не следует опасаться острой гипотонии.

При стенокардии препарат увеличивает переносимость физической нагрузки, уменьшает частоту приступов стенокардии и потребность в нитроглицерине.

Амлодипин не оказывает вредного влияния на метаболизм, не влияет на липидный спектр плазмы крови, может применяться у больных, страдающих астмой, сахарным диабетом и подагрой.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Амлодипин хорошо переносится.

Наиболее часто отмечались следующие побочные эффекты: головная боль, отеки, усталость, сонливость, тошнота, боли в животе, покраснение лица, сердцебиение и головокружение. В ходе этих клинических исследований при лечении амлодипином не было отмечено клинически значимых изменений лабораторных показателей.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ

До сих пор неизвестны.

ДИРОТОН
(доказательства эффективности)



1. Schrader H. Профилактическое лечение мигрени ингибитором ангиотензин превращающего фермента (Лизиноприл): рандомизированное, плацебо контролируемое перекрестное исследование. Британский медицинский журнал, 2001.— Т. 322—С. 19.

- **Цель** – оценка эффективности ингибиторов АПФ в профилактике мигрени.
- **Дизайн** – двойное плацебо контролируемое перекрестное исследование.
- **Материал и методы:**
  - Участвовали 60 пациентов в возрасте 19-59 лет с 2–6 эпизодами мигрени в месяц.
  - Лечение 12 недель: 10 мг лизиноприла 1 раз в день – 1 неделя; далее 2 т по 10 мг 1 раз в день в течение 11 недель и далее 2 недели без лечения.
  - Вторая группа без лечения.
- **Первичные конечные точки:** число часов с приступами мигрени, часов и дней с приступами головных болей.
- **Вторичные точки:** индекс тяжести головных болей, качество жизни.
- **Результаты:**
  - Число дней с мигренью снизилось на 50% у 31 чел.; у 47 чел. снижение на 20% индекса тяжести гол. болей, числа и дней головных болей.
- **Вывод:** иАПФ имеет клинически значимый эффект по профилактике приступов мигрени.

(Schrader H. Prophylactic treatment of migraine with angiotensin converting enzyme inhibitor (lisinopril): randomised, placebo controlled, crossover study BMJ 2001;322:19.)

- Снижает активность симпатической нервной системы
- Ингибирует свободно-радикальную активность и синтез простациклина
- Блокирует деградацию брадикинина, энкефалина и специфической мозговой субстанции Р

2. C. E. Mogensen et all. Рандомизированное контролируемое исследование двойной блокады ренин-ангиотензин-альдостеровновой системы у пациентов с артериальной гипертонией в сочетании с микроальбуминурией и инсулиннезависимым сахарным диабетом: кандесартан и лизиноприл микроальбуминурия (CALM) исследование. Британский медицинский журнал, 2000.–Т. 321.– С. 1440–1444.

- **Цель:** сравнить действие кандесартана и лизиноприла на эффект снижения АД, альбуминурию у пациентов с артериальной гипертензией и диабетом 2 типа.
- **Дизайн:** Проспективное, рандомизированное, параллельное групповое, двойное слепое плацебоконтролируемое исследование.
- **Участвовало:** 37 центров в 4 странах, 199 пациентов в возрасте 30–75 лет.
- **Вмешательство:** Кандесартан 16 мг 1 раз в день, **Лизиноприл** 20 мг 1 раз в день.
- **Результаты:** Через 12 недель снижение ДАД – на 9,5 мм рт. ст. и 9,7 мм рт. ст., альбуминурии: клиренс креатиннина 30% (15% против 42%, $P<0.001$) и 46% (35% против 56%, $P<0.001$) для кандесартана и лизиноприла соответственно. Через 24 нед. среднее снижение ДАД при комбинированной терапии составило 6,3 мм рт. ст., альбуминурии: клиренс креатиннина 50%. Лечение хорошо переносилось.
- **Заключение:** Кандесартан 16 мг 1 раз в сутки также эффективен, как и **Лизиноприл** 20 мг один раз в день по уровню снижения АД, микроальбуминурии у пациентов с диабетом 2 типа. Комбинированная терапия хорошо переносится и эффективна.

*(**C. E. Mogensen et all.** Randomised controlled trial of dual blockade of renin-angiotensin system in patients with hypertension, microalbuminuria, and non-insulin dependent diabetes: the candesartan and lisinopril microalbuminuria (CALM) study. BMJ 2000;321:1440–1444.)*

Учебно-методическое пособие

Бакшеев Владимир Иванович
Коломоец Николай Миронович

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Консультации по вопросам обучения в школе больного гипертонической болезнью:
Бакшеев Владимир Иванович, 52 консультативно-диагностический центр МО РФ, отделение неотложной медицинской помощи и помощи на дому.

E-mail: baksheevld@mail.ru • www.baksheev.nm.ru • Тел.: 213–60–43

НОРМОДИПИН®

(АМЛОДИПИН)

Антагонист кальция III поколения
В упаковке 30 таблеток по 5 и 10 мг

Рег. удостоверение П №012274/01-2000 МЗ РФ от 27.09.2000

Мягкое начало действия: риск гипотензии сведен к нулю

Антиангинальное действие

ЖИЗНЬ БЕЗ ОСТРЫХ УГЛОВ

Надежный контроль АД свыше 24 часов, в том числе "ночной" и "утренней" гипертонии



ГЕДЕОН РИХТЕР А.О.

Основано в 1901 году

Представительство «Гедеон Рихтер» АО в Москве
123242 Москва, ул. Красная Пресня, 1-7
Тел.: (495) 363-39-50. Факс: (495) 363-39-49
E-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

Учебно-методическое пособие

Бакшеев Владимир Иванович
Коломоец Николай Миронович

ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Консультации по вопросам обучения в школе больного гипертонической болезнью:
Бакшеев Владимир Иванович,
52 консультативно-диагностический центр МО РФ,
отделение неотложной медицинской помощи и помощи на дому.
E-mail: baksheevld@mail.ru
www.baksheev.nm.ru
Тел.: 213-60-43